



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos
institucionalizados da cidade de Lagarto-SE**

**DISCENTES: LÍGIA MENDES DE MENESES E
MARCELO SANTANA DE JESUS**

LAGARTO-SE

2018

LÍGIA MENDES DE MENESES

MARCELO SANTANA DE JESUS

**Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos
institucionalizados da cidade de Lagarto-SE**

Trabalho apresentado como
requisito para conclusão do curso de
graduação em medicina, sob
orientação da professora Cátia Maria
Justo e co-orientação da professora
Giovana Bacilieri Soares.

LAGARTO-SE

2018

LÍGIA MENDES DE MENESES

MARCELO SANTANA DE JESUS

**Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos
institucionalizados.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Departamento de
Medicina do Campus Prof. Antônio Garcia
Filho da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial para obtenção do
Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Cátia Maria Justo

Co-orientadora: Giovana Bacilieri Soares

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora:

1º Examinador:

2º Examinador:

PARECER

RESUMO

O presente trabalho pretendeu avaliar a existência e prevalência de fatores associados aos sintomas de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados da cidade de Lagarto, em Sergipe, Brasil. Essas afecções são muitas vezes subdiagnosticadas nesta faixa etária, uma vez que são atribuídas ao processo natural do envelhecimento. A pesquisa utilizou ferramentas como a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Escala HAD), Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE e Teste de KATZ: avaliação das atividades básicas da vida diária. Os dados dos questionários foram alocados e analisados em pacote estatístico SSPS versão 20. A hipótese da pesquisa é que o sentimento de abandono é um fator precipitante dos sintomas de depressão e ansiedade e podem ser amenizados pelo acolhimento de uma instituição de longa permanência para idosos. A pesquisa demonstrou o número de pessoas que vivem com depressão e ou ansiedade em uma instituição de longa permanência na cidade de Lagarto e buscou ampliar a compreensão dos fatores associados ao desencadeamento dos sintomas. Além disso, almeja proporcionar melhor abordagem dos cuidadores para melhoraria da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Depressão. Ansiedade. Idosos. Institucionalização.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the existence and prevalence of factors associated with the symptoms of depression and anxiety in institutionalized elderly people in the city of Lagarto, Sergipe, Brazil. These conditions are often underdiagnosed in this age group, since they are attributed to the natural aging process. The research used tools such as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD Scale), Trait-State-Anxiety Inventory-IDATE and KATZ Test: evaluation of the basic activities of daily living. The data of the questionnaires were allocated and analyzed in statistical package SSPS version 20. The hypothesis of the research is that the feeling of abandonment is a precipitant factor of the symptoms of depression and anxiety and can be softened by the reception of a long-stay institution for the elderly. The research demonstrated the number of people living with depression and / or anxiety in a long-stay institution in the city of Lagarto and seeks to broaden the understanding of the factors associated with the onset of symptoms. In addition, it aims to provide a better approach for caregivers to improve the quality of life of this population.

Key words: Depression. Anxiety. Seniors. Institutionalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL:	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	18
4 MÉTODO	19
5 RESULTADOS	21
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	31
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXO A	36
ANEXO B	38
ANEXO C	41
ANEXO D	45
APÊNDICE 1	47
APÊNDICE 2	48
APÊNDICE 3	51
APÊNDICE 4- ARTIGO	51

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Deste modo, o envelhecimento populacional é uma consequência da mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2006).

O envelhecimento individual é um processo irreversível e natural, acompanhado de perdas progressivas de função e de papéis sociais. É um processo único que depende de capacidades básicas, adquiridas e do meio ambiente (FREITAS, 2013).

O envelhecimento populacional decorre do aumento da idade média da população e da participação da população idosa no total da população. Sob o ponto de vista demográfico, o envelhecimento populacional é o resultado da manutenção por um período de tempo razoavelmente longo de taxas de crescimento da população idosa superiores às da população mais jovem. Isto implica uma mudança nos pesos dos diversos grupos etários no total da população. Ressalta-se que o processo do envelhecimento é muito mais amplo do que uma modificação de pesos de uma determinada população, pois altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade (FREITAS, et al., 2013).

Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, 10,8% da população brasileira é composta por pessoas acima de 60 anos. O IBGE mostra que no ano de 2000, a esperança de vida ao nascer da população brasileira foi de 68,6 anos, em 2012, passou a ser de 74,6 anos. Sendo que os idosos atualmente representam 14,3%, da população, uma parcela bem expressiva (IBGE, 2010).

Envelhecer pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em

condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade, (BRASIL, 2006).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso assinala que o atendimento a pessoa idosa deve, prioritariamente, desenvolver-se por meio de suas próprias famílias, reservando o abrigo em asilos à excepcionalidade, bem como aqueles que não têm condições necessárias para sobrevivência (Lei 8.842 de 04/01/94).

A modalidade asilar é considerada uma alternativa assistencial para suprir a ausência de família e socorrer o idoso em situação de abandono ou pobreza, não levando em conta quaisquer outras condições que possam tornar necessário o atendimento em regime de internato, em uma instituição para idosos, em caráter temporário ou permanente (FREITAS, 2013).

A ideia de asilo associa-se muitas vezes a imagem de pobreza, abandono, à incidência de violência contra a pessoa idosa, o que determina uma desaprovação social generalizada em relação a estas instituições de longa permanência para idosos-ILPI (FREITAS, et al., 2013).

Devido ao aumento expressivo da longevidade e consequente crescimento da população idosa, existe hoje uma maior demanda por ILPI no país; em diversas situações, torna-se a alternativa voluntária e esperada e que deve assegurar a boa qualidade de vida do idoso (TEIXEIRA et al., 2014).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de sua resolução define que as ILPIs, são consideradas instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, que se destinam ao domicílio coletivo de pessoas idosas com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. .

Este projeto teve como objetivo o estudo da prevalência de depressão e ansiedade e fatores associados a seus sintomas, como também o grau de dependência para realização das atividades da vida diária, na população institucionalizada no asilo Santo Antônio, na cidade de Lagarto, estado de Sergipe, localizado no nordeste brasileiro. Foram realizadas entrevistas com a população desta instituição que aceitaram participar voluntariamente de acordo com as normas éticas. Foram aplicados o inventário de ansiedade traço- estado-idate, escala HAD: escala hospitalar de ansiedade e depressão e o teste de Katz para avaliar o grau de dependência e autonomia desta população.

A hipótese do estudo é que a prevalência dos transtornos mentais depressão e ansiedade e o grau de dependência para realização das atividades da vida diária são altos nestas instituições devido ao sentimento de abandono, falta de perspectiva entre outros, que podem ser mitigados pelo acolhimento caloroso de uma instituição.

A pesquisa visa contribuir com a academia científica e com a comunidade na busca da compreensão destes transtornos na população estudada e com futuras políticas de saúde que visem uma melhoria da qualidade de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento populacional vem ocorrendo em um contexto de grandes mudanças sociais, culturais, econômicas, institucionais, no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares. Para o futuro próximo, espera-se um crescimento a taxas elevadas da população muito idosa (80 anos e mais), como resultado das altas taxas de natalidade observadas no passado recente e da continuação da redução da mortalidade nas idades avançadas. No entanto, a certeza do crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão os longevos (CAMARANO, 2010).

O Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como população idosa a de 60 anos ou mais. Essa definição resulta em uma heterogeneidade do segmento considerado idoso, já que aí estão incluídas pessoas de 60 a 100 anos. Esta heterogeneidade é acentuada pela constatação de que este segmento experimentou trajetórias diferenciadas que vão afetar as suas condições de vida. Estas trajetórias são fortemente marcadas pelas desigualdades sociais, regionais e raciais em curso no país. As políticas sociais podem reforçar essas desigualdades ou atenuá-las, bem como mitos, estereótipos e preconceitos em relação à população idosa (FREITAS, et al., 2013).

Embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher - tradicional cuidadora - no mercado de trabalho. Isto passa a requerer que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa. Diante desse contexto, uma das alternativas de cuidados não familiares existentes corresponde às instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), sejam públicas ou privadas. No entanto, a residência em instituições não é uma prática comum na sociedade brasileira (CAMARANO, 2010).

É indiscutível a importância de programas integrados de atendimento ao idoso; é indispensável a construção de uma rede de serviços que lhe proporcione atenção na comunidade e em seu próprio domicílio. Na defesa dessas modalidades

de serviços, muitos documentos afirmam que a assistência aos idosos em regime de internato é questionada nos países mais avançados, devido aos altos custos e às dificuldades de manutenção. Em um país como o Brasil, marcado pela diversidade cultural e grandes desigualdades socioeconômicas, também as instituições para idosos se revelam heterogêneas quanto a padrões de atendimento, qualidade da estrutura, organização financeira, população atendida. (FREITAS, 2013).

Vários fatores podem levar à institucionalização de idosos, como exemplos tem-se a dificuldade de locomoção, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, ou viúvo recente, morar sozinho, falta de apoios sociais e/ou pobreza (FREITAS, 2013).

Sabe-se que muitas vezes, casas de longa permanência são utilizadas como locais de natureza mista, como assistência social e médica, quando há falta de apoio ou condições familiares, onde os anciões se apresentam em situação de vulnerabilidade. Estas instituições devem se organizar para satisfazer várias necessidades, de cunho material, emocional e espiritual e que os idosos apresentem uma vida diária satisfatória, como indivíduos e como participantes da vida comunitária (CAMARANO, 2010).

No entanto, no Brasil, ainda constituem minoria as instituições que conseguem satisfazer tais necessidades. Geralmente possuem estruturas com critérios padronizados que não possibilitam a expressão da individualidade de cada ser humano, o que poderá gerar um sofrimento psíquico em alguns idosos. Qualquer que seja o nível de qualidade dos serviços, ele tende a quebrar de modo súbito o padrão de vida anterior, e em seu lugar tem-se uma situação de isolamento, que afasta o idoso de seu convívio social e familiar. Geralmente, são estruturas insatisfatórias, onde o que se tem é a acomodação e espera de um futuro não muito aceitável ou encantador: a morte. (FREITAS, 2013).

No Brasil, foram identificadas 3.549 instituições de longa permanência (ILPIs), sendo a maioria (65,2%) de natureza filantrópica. Apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições. Inferindo-se a partir dos dados sobre o ano de início das suas atividades, pode-se concluir que, das instituições criadas entre 2000 e 2009, a maioria é privada com fins lucrativos

(57,8%). Isto aponta para uma tendência de mudança no perfil das instituições (CAMARANO, 2010).

A maior parcela das despesas das ILPIs é destinada ao pagamento dos seus funcionários, o que corresponde a 52,5% do total. Outros 14,1% destinam-se à alimentação e 9,4% ao pagamento de despesas fixas (telefone, gás, água). Medicamentos são responsáveis por uma parcela relativamente baixa dos gastos, pois estas despesas são, geralmente, de responsabilidade dos familiares ou advêm de doações. Os outros gastos, como aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório, respondem por 18,8% do total das despesas (CAMARANO, 2010).

Nas ILPIs residem cerca de 100 mil pessoas, das quais 84 mil são idosas, o que representa menos de 1% da população idosa brasileira. As mulheres predominam (57,3%) entre os residentes. As ILPIs são pequenas, em média, abrigam cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estão ocupados (CAMARANO, 2010).

Os transtornos depressivos apresentam significativa prevalência entre indivíduos idosos da comunidade, variando entre 4,8 e 14,6%. Quando os estudos de prevalência referem-se a idosos hospitalizados ou institucionalizados, os resultados são ainda maiores, atingindo 22,0%. Nos estudos que avaliam os sintomas depressivos clinicamente significantes, sem levar em consideração os critérios do CID-10 ou DSM-IV, mas utilizando escalas de sintomas, a variação na prevalência na comunidade aumenta para 6,4 a 59,3% (FREITAS, 2013).

As variações entre as prevalências observadas em todo o mundo ocorrem na dependência da definição da população idosa alvo, dos parâmetros diagnósticos utilizados e da origem dos indivíduos idosos: comunidade, atenção básica, ambulatórios especializados, unidades de internação ou instituições de longa permanência; o que se confunde, em parte, com outros fatores, como os diferentes perfis da população alvo em relação às possíveis comorbidades agudas e/ou crônicas, à capacidade funcional e à autonomia, estes dois últimos reconhecidamente divisores de águas em relação ao estado de saúde do idoso (FREITAS, 2013).

No mundo ocidental, saúde mental e saúde física são tidas como substâncias distintas. Muitas vezes, quem cuida de uma parte, acaba esquecendo a outra, o que gera um cuidado fragmentado onde se esquece da atenção integral ao indivíduo.

Cuida-se de partes e não do todo complexo que é o ser humano. A saúde mental é entendida onde as várias esferas da vida estão em harmonia e se há sofrimento, este não é tão significativo para comprometer a realização das atividades de vida diária. Quando há um sofrimento significativo, que afete as atividades da vida diária diz-se que a pessoa está em sofrimento psíquico, onde sua saúde mental está comprometida. (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. (BRASIL, 2013).

Para melhor conhecer o conceito de saúde mental, é importante entender o fenômeno de bem-estar subjetivo. Esse, diz respeito a avaliação que cada pessoa faz da sua qualidade de vida. O bem-estar subjetivo é composto por 3 componentes distintos: a satisfação com a vida, os afetos positivos e os afetos negativos. A satisfação com a vida pode ser avaliada de acordo com domínios, como saúde, relações familiares, finanças, serviços de saúde, suporte social e ambiente (FREITAS et al., 2013).

Diferentes traços de personalidade podem predispor a diferenças individuais na avaliação do bem-estar subjetivo. Os traços são constitucionais, com provável base genética e fisiológica, e são estáveis ao longo da vida. Dizem respeito às maneiras habituais de as pessoas se comportarem. Eles oferecem explicações sobre como, na presença dos mesmos eventos, diferentes pessoas reagem de formas diversas. Extroversão (alta) e neuroticismo (baixo) são mencionados por várias pesquisas como os preditores de bem-estar subjetivo. Os eventos cotidianos influenciam as emoções momentâneas, já os traços de personalidade influenciam os níveis médios de afeto em longo prazo. A avaliação do bem estar subjetivo também poderá ser feita mediada pelo self, uma estrutura de conhecimentos sobre si mesmo, que é construído socialmente e capaz de modificar o ambiente, avaliar a qualidade do ajustamento às demandas ambientais e/ou internas e regular as crenças e ações do indivíduo. (FREITAS et al., 2013).

Em conformidade com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), depressão é um transtorno mental caracterizado por humor depressivo e/ou falta de interesse, anedonia (diminuição do interesse/prazer nas atividades antes consideradas prazerosas), queda de energia lentidão psicomotora,

negativismo em sentimentos e pensamentos, além de sintomas físicos e insônia. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2012)

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, na maioria das vezes, não é diagnosticada e conseqüentemente, não tratada. Ela afeta a qualidade de vida, aumenta a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e, pode levar a tendências suicidas. Os pacientes deprimidos mostram-se descontentes com o que lhes é ofertado, e há alterações em sua forma de viver, redução de seu nível socioeconômico quando ficam impossibilitados de trabalhar. Além disso, há privação interpessoal principalmente naqueles que se isolam devido à depressão e, presumivelmente, naqueles que diminuem suas expectativas de vida, seja por doenças somáticas relacionadas à depressão ou suicídio. (OLIVEIRA et al, 2006).

A depressão nos idosos pode ser causada por diversas causas, como fatores genéticos e eventos de vida como luto, abandono, violência, doenças incapacitantes, dentre outros. É uma doença que geralmente surge com perda da qualidade de vida, aliada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. (FLORINDO et al, 2002).

Os sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria com seu valor irrisório, onde muitas vezes, não consegue suprir os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predis põem o idoso ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002).

Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (FREITAS et al., 2013).

Nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (PEARSON, apud PACHECO, 2002).

Os transtornos de ansiedade não são típicos do envelhecimento normal. Muitos idosos apresentam transtornos que geram sofrimento psíquico e não são

diagnosticados devido à inadequada crença de que são naturais do processo de envelhecimento. Algumas condições médicas como: hipertireoidismo, angina do peito, dores localizadas ou generalizadas, condições incapacitantes e intoxicação ou abstinência por substâncias, podem provocar ou simular um transtorno de ansiedade. (SADOCK et al., 2012).

A ansiedade é caracterizada como uma sensação desagradável, uma preocupação exagerada com o futuro, acompanhada de sensações corporais como tontura, boca seca, sensação de vazio no estômago, aperto no peito, taquicardia, suores, calafrios, tremores, formigamentos, câibras, urgência para urinar e cólicas abdominais. A ansiedade patológica ocorre quando esta emoção passa a ser disfuncional, ou seja, a trazer prejuízos e/ou sofrimento importante para o indivíduo. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2012).

Os transtornos de ansiedade compreendem transtorno de ansiedade de separação/ajustamento, mutismo seletivo, fobia específica, fobia social, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno de ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade não especificado. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2012). Caso haja associação entre depressão e ansiedade poderá ocorrer demora na resposta terapêutica e piora do prognóstico, com maior probabilidade de ideação suicida em pacientes geriátricos. (FREITAS et al., 2013).

O transtorno de ansiedade generalizado (TAG) é caracterizado por uma preocupação excessiva, irreal e generalizada a respeito de diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por ao menos seis meses. Ele possui prevalência de 4% nos idosos da comunidade se associado a outra desordem psiquiátrica e de 1% como patologia isolada. A ansiedade no idoso pode estar presente como desordem primária, no entanto, é mais frequentemente associada a outras doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, gastrintestinais, imunológicas e relacionada com uso ou abstinência de medicamentos (FREITAS et al., 2013,).

O transtorno do pânico é definido como um período curto de intenso medo ou desconforto, durante o qual aparecem de forma abrupta sintomas cognitivos e somáticos de ansiedade, alcançando um pico em 10 minutos. Acomete 4% da população em geral, mas é raro ocorrer em idosos, com prevalência menor que

0,5% em pessoas maiores que 65 anos, e incidência maior nas mulheres (FREITAS et al., 2013).

Agorafobia é a ansiedade com relação a estar em locais ou em situações de onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. As situações são evitadas ou suportadas com muito sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia. A ansiedade ou esquia agorafóbica não é mais bem explicada por outro transtorno mental. (NETO et al, 2007).

Fobia social é definida como o medo exagerado e persistente de avaliação negativa feita por outras pessoas quando o indivíduo encontra-se em situações sociais ou de desempenho. A exposição a essas situações ou a antecipação geram sintomas físicos de ansiedade que podem se intensificar e gerar uma crise de pânico. Sintomas autonômicos como rubor, sudorese, tremores e taquicardia podem se tornar evidentes (NETO et al, 2007).

As fobias específicas também fazem parte dos transtornos de ansiedade. Caracterizam-se como o comportamento de esquia a estímulos restritos e a situações determinadas como o contato com animais, sangue, injeção e ferimentos, altura, tempestades, água, dirigir, andar de elevador, permanecer em lugares fechados, pontes, transportes públicos ou aviões (NETO et al, 2007).

O transtorno de ajustamento ou de adaptação ocorre quando há sintomas emocionais e comportamentais devido a um estressor psicossocial identificável. O critério de tempo entre o evento e o início dos sintomas varia de um a três meses. (NETO et al, 2007).

Mutismo seletivo refere-se a pacientes que permanecem mudos em determinadas situações, embora tenha habilidade linguística para falar (CAMPOS, 2014).

O transtorno de ansiedade (TA) induzido por substância ou medicamento e o transtorno de ansiedade devido a outra condição médica deverá entrar no diagnóstico diferencial dos demais transtornos de ansiedade, uma vez que ao retirar/eliminar tais fatores, será conseguido a eliminação dos sintomas (CAMPOS, 2014).

A depressão pode ser causada por diversos fatores como psicológicos (tipo de personalidade e relacionamentos pessoais), fatores ambientais (uso de álcool,

tipo de dieta e ritmo biológico), fatores genéticos e/ou biológicos. Acredita-se que na depressão ocorra uma desregulação das aminas biogênicas presentes no sistema límbico, como diminuição de noradrenalina, dopamina e serotonina. Acredita-se também que há o envolvimento de processos inflamatórios e interações imunoneuronais, com o aumento de citocinas pró-inflamatórias com interleucinas, fator de necrose tumoral alfa e interferon gama. Estudos demonstraram que fatores ambientais tem capacidade de modular atividade de genes (epigenética). (FORLENZA, 2012).

Na gênese da ansiedade sabe-se que há o envolvimento do sistema executivo do medo, o qual deflagra as reações de luta, fuga e congelamento, composto por áreas laterais e centrais da amígdala, hipotálamo anterior e medial e áreas específicas da substância cinzenta periaquedutal. Alguns comportamentos podem predispor a transtornos de ansiedade. Um exemplo seria o de crianças com comportamento inibido (medo e evitar situações novas), as quais apresentam maiores taxas de diferentes transtornos de ansiedade (FORLENZA, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar sintomas de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados na cidade de Lagarto Sergipe.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Assinalar fatores que interfiram na presença de sintomas de ansiedade e depressão em idosos institucionalizados;
- Correlacionar atividades da vida diária (índice de Katz) com sintomas de depressão e ansiedade;
- Demonstrar a prevalência de agravos mentais em idosos institucionalizados na cidade de Lagarto Sergipe e a importância do diagnóstico correto e precoce.

4 MÉTODO

O presente trabalho iniciou com pesquisa em base de dados como: Lilacs, Scielo, pubmed e BVS, em que foram utilizados os seguintes descritores: depressão em idosos (57.600 resultados), ansiedade em idosos (47.100), idosos no Brasil (349.000), depressão e ansiedade em idosos institucionalizados (11.300 resultados) e idosos institucionalizados (45.400). Foram selecionados para servir como referência cerca de 20 artigos, Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto do Idoso, compêndio de clínica psiquiátrica e tratado de geriatria e gerontologia.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo transversal, o qual foram avaliados idosos que vivem em uma instituição de longa permanência (Asilo Santo Antônio-localizado na cidade de Lagarto em Sergipe). Após a devida autorização pelos responsáveis da Instituição, foram utilizados quatro instrumentos: o inventário de ansiedade traço- estado-IDATE, (anexo b), escala HAD: escala hospitalar de ansiedade e depressão (anexo c), teste de Katz (anexo d) e o questionário social dos idosos institucionalizados (apêndice 1), os quais foram lidos com o intuito de esclarecimento de cada item para os participantes, durante o período de 03 a 08 de junho de 2018.

Para análise de associação dos dados, foram utilizados testes estatísticos como o Qui-Quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas maiores que cinco e menores que vinte nas tabelas 2x2 e o Teste Exato de Fisher, quando as frequências esperadas eram menores que cinco. O nível de significância adotado foi de 5%. Contudo, quando se investigou a associação entre as variáveis em estudo com relação ao desfecho (IDATE: Estado de ansiedade, IDATE: Traço de ansiedade, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão), não foi verificado significância estatística, ou seja, nenhuma das variáveis foram suficientes para explicar os fatores que associam a ansiedade e a depressão.

Os resultados foram organizados em planilhas do programa Excel e analisados pelo programa SPSS versão 20.0. Realizou-se uma caracterização descritiva da amostra, segundo os dados sociodemográficos e clínicos. As variáveis categóricas foram apresentadas mediante distribuição de frequência.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. A participação da pesquisa foi voluntária e iniciada após

assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, pelos idosos considerados capazes, conforme modelo apêndice 2. Obedecendo minuciosamente a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinque.

5 RESULTADOS

Dos 38 idosos institucionalizados da cidade de Lagarto/SE, em 2018, participaram deste estudo apenas 28. Cinco idosos se recusaram a participar da pesquisa e outros cinco não puderam devido a problemas de saúde. Quanto ao perfil sociodemográfico da população estudada, esses eram do sexo masculino (71,4%), a maioria situada na faixa etária dos 60 aos 80 anos (75%), sendo 50% com nível fundamental de escolaridade, 42,9% solteiros e 39,3% procedentes de Lagarto, Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de frequência do perfil sociodemográfico, dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
SEXO		
Masculino	20	71,4
Feminino	8	28,6
FAIXA ETÁRIA		
60 a 80 anos	21	75,0
Acima de 80 anos	7	25,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	13	46,4
Fundamental incompleto	14	50,0
Superior completo	1	3,6
PROCEDÊNCIA		
Aracaju	1	3,6
Rio Real (BA)	6	21,4
Divina Pastora	1	3,6
Lagarto	11	39,3
Macambira	1	3,6
Agrestina (PE)	1	3,6
Poço Verde	1	3,6
Riachão do Dantas	1	3,6
Salgado	2	7,1
Simão Dias	2	7,1
Umbaúba	1	3,6
ESTADO CIVIL		
Solteiro	12	42,9
Casado	4	14,3
Viúvo	6	21,4
Divorciado	6	21,4

A Tabela 2, correspondente ao perfil de institucionalização, mostra que 53,6% dos idosos encontram-se institucionalizados de 1 a 5 anos, 89,3% disseram que recebem visitas, 46,2% recebem numa periodicidade de uma vez por semana. Perguntado o motivo da institucionalização, 25% disseram ter sido por motivo de doença, 17,9% devido à vontade própria, 10,7% por abandono familiar, 7,1% não

souberam o motivo e 39,3% alegaram outros fins. Da população entrevistada, 71,4% possuem filhos, 30% possuem 2 filhos, mais da metade (55%) disseram receber visita deles, (50%) se mostram satisfeitos em morar em casa de longa permanência.

Tabela 2 – Distribuição de frequência do perfil básico, dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Há quanto tempo o senhor está no asilo?		
1 ano ou menos	6	21,4
De 1 a 5 anos	15	53,6
De 5 a 10 anos	4	14,3
Mais de 10 anos	3	10,7
Recebe visita?		
Sim	25	89,3
Não	3	10,7
Qual periodicidade?		
1 vez por semana	12	46,2
1 vez por mês	7	26,9
1 vez por ano	7	26,9
Qual o motivo da institucionalização?		
Voluntário	5	17,9
Doença	7	25,0
Abandono familiar	3	10,7
Não soube	2	7,1
Outros	11	39,3
Tem filhos?		
Sim	20	71,4

Quanto ao perfil das atividades básicas da vida diária realizadas, a tabela 3, mostra que 53,6% banham-se sem ajuda, 57,1% vestem-se com auxílio, 53,6% usam o banheiro sozinhos, 57,1% realizam transferências (como sair da cama, sentar-se em uma cadeira) independentes, 53,6% prestam continência sem amparo e 85,7% alimentam-se sem assistência.

Tabela 3 – Distribuição de frequência da avaliação das atividades básicas realizadas pelos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Banhar-se		
Sem ajuda	15	53,6
Com ajuda	13	46,4
Vestir-se		
Sem ajuda	12	42,9
Com ajuda	16	57,1
Usar o banheiro		
Sem ajuda	15	53,6
Com ajuda	13	46,4
Transferência (sair da cama, sentar em uma cadeira...)		
Sem ajuda	16	57,1

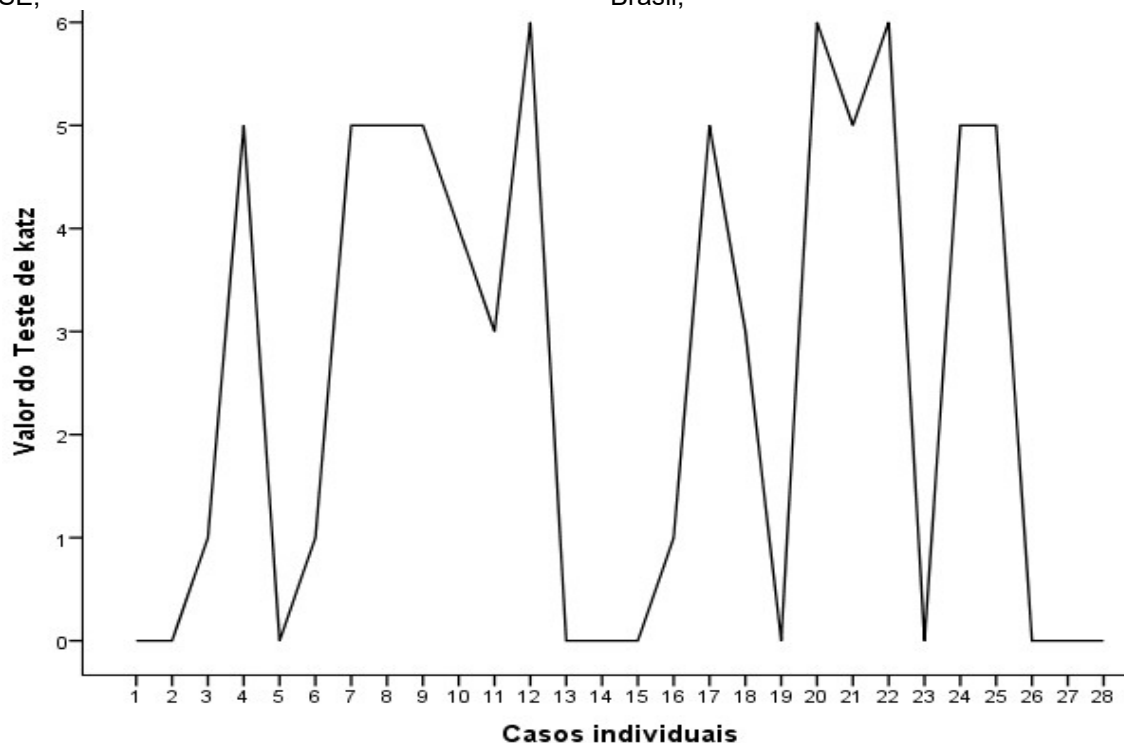
Variáveis	N	(%)
Com ajuda	12	42,9
Continência		
Sem ajuda	15	53,6
Com ajuda	13	46,4
Alimentar-se		
Sem ajuda	24	85,7
Com ajuda	4	14,3

Ao analisar o índice de Katz, foi verificado que 39,3% dos idosos são independentes para todas as atividades. Além disso, 10,7% apresentam dependência para uma atividade, 7,1% para três, 3,6% para quatro, 28,6% para cinco e 10,7% para todas as atividades, isso pode ser visto na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de frequência do Teste de Katz, relativo aos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Independente para todas as atividades	11	39,3
Dependente para uma atividade	3	10,7
Dependente para três atividades	2	7,1
Dependente para quatro atividades	1	3,6
Dependente para cinco atividades	8	28,6
Dependente para todas as atividades	3	10,7

Gráfico 1 – Comportamento do valor do Índice de Katz, individualizado, dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2017.



A maioria (60,7%) é considerada dependente e 39,3% são independentes. Sendo assim 10,7% apresentam dependência moderada e 39,3% são muito dependentes.

O IDATE-estado aplicado na instituição verificou que 14,3% dos idosos pesquisados estão dentro da faixa de normalidade, ou seja, não tendem a depressão ou ansiedade. Enquanto 71,4% tendem a ansiedade e 14,3% tendem a depressão, conforme a tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de frequência do IDATE-estado dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Nível normal	4	14,3
Tende a ansiedade	20	71,4
Tende a depressão	4	14,3

A tabela 8 mostra os resultados do IDATE-traço. Diferentemente do IDATE-estado, demonstra um número maior de idosos em nível normal, ou seja, 32,1% dos idosos não possuem o traço para depressão ou ansiedade, 57,1% possuem traço que tendem à ansiedade e 10,7% à depressão.

Tabela 6 – Distribuição de frequência do IDATE-traço dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Nível normal	9	32,1
Tende a ansiedade	16	57,1
Tende a depressão	3	10,7

A escala HAD para avaliação do nível de ansiedade e depressão evidenciou que 14,3% dos idosos provavelmente são ansiosos (diagnóstico provável), enquanto 57,1% não entram nesse parâmetro (diagnóstico improvável). Além disso, 28,6% possuem possível acometimento, (diagnóstico questionável), conforme evidenciado na tabela 7. Enquanto a HAD para avaliação do nível de depressão mostrou que 42,9% provavelmente apresentam o quadro, 21,4% possivelmente tem tal diagnóstico ao passo que é improvável que 35,7% tenham o transtorno, conforme tabela 8.

Tabela 7 – Distribuição de frequência da escala HAD, de acordo com a escala de classificação de ansiedade dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Improvável	16	57,1
Possível (Questionável ou duvidosa)	8	28,6
Provável	4	14,3

Tabela 8 – Distribuição de frequência da escala HAD, de acordo com a escala de classificação de depressão dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Improvável	10	35,7
Possível (Questionável ou duvidosa)	6	21,4
Provável	12	42,9

Ao associar o Teste de Katz, com os demais instrumentos aplicados na instituição, através do Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson, não foi encontrada significância estatística para esse estudo, pois o nível de significância adotado foi de 5%, e o encontrado foi superior a este, **Erro! Fonte de referência não encontrada..**

Quadro 1 – Estimativas de associação das variáveis em estudo com relação ao desfecho (IDATE: Estado de ansiedade, IDATE: Traço de ansiedade, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão), dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	IDATE (Ansiedade e Estado)				
	Nível normal	Tende a ansiedade	Tende a depressão		
					0,192
Independente para todas as atividades	9,1%	90,9%	0,0%		
Dependente para 1 atividade	33,3%	66,7%	0,0%		
Dependente para 3 atividades	0,0%	100,0%	0,0%		
Dependente para 4 atividades	0,0%	0,0%	100,0%		
Dependente para 5 atividades	25,0%	50,0%	25,0%		
Dependente para todas as atividades	0,0%	66,7%	33,3%		

*Teste Exato de Fisher/ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Variáveis	IDATE (Ansiedade e Traço)		
------------------	----------------------------------	--	--

	Nível normal	Tende a ansiedade	Tende a depressão		
					0,858
Independente para todas as atividades	27,3%	63,6%	9,1%		
Dependente para 1 atividade	33,3%	66,7%	0,0%		
Dependente para 3 atividades	50,0%	50,0%	0,0%		
Dependente para 4 atividades	0,0%	100,0%	0,0%		
Dependente para 5 atividades	50,0%	37,5%	12,5%		
Dependente para todas as atividades	0,0%	66,7%	33,3%		

*Teste Exato de Fisher/ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Variáveis	Ansiedade Escores				
	Improvável	Possível (Questionável ou duvidosa)	Provável		
					0,364
Independente para todas as atividades	63,6%	18,2%	18,2%		
Dependente para 1 atividade	100,0%	0,0%	0,0%		
Dependente para 3 atividades	50,0%	50,0%	0,0%		
Dependente para 4 atividades	100,0%	0,0%	0,0%		
Dependente para 5 atividades	25,0%	62,5%	12,5%		
Dependente para todas as atividades	66,7%	0,0%	33,3%		

*Teste Exato de Fisher/ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Variáveis	Ansiedade Escores				
	Improvável	Possível (Questionável ou duvidosa)	Provável		
					0,328
Independente para todas as atividades	63,6%	18,2%	18,2%		

Dependente para 1 atividade	100,0%	0,0%	0,0%		
Dependente para 3 atividades	50,0%	50,0%	0,0%		
Dependente para 4 atividades	100,0%	0,0%	0,0%		
Dependente para 5 atividades	25,0%	62,5%	12,5%		
Dependente para todas as atividades	66,7%	0,0%	33,3%		

*Teste Exato de Fisher/ Teste Qui-Quadrado de Pearson.

6 DISCUSSÃO

O Asilo Santo Antônio em Lagarto/SE é uma instituição de natureza filantrópica, equiparando assim, á realidade do país. Atualmente abriga 38 idosos, maioria do sexo masculino (74,1%) diferindo do perfil nacional em que nas casas de longa permanência são ocupadas em sua maioria por mulheres. Sob esse aspecto, Camarano (2010), destaca que a maioria das instituições brasileiras (65,2%) é de natureza filantrópica, refletindo sua origem. Apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições, número bem menor do que o de instituições religiosas, aproximadamente 700. As mulheres predominam (57,3%) entre os residentes. As ILPIs são pequenas, em média, abrigam cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados.

Ao ser avaliado o grau de dependência observou-se que 39,3% dos idosos são independentes. Sendo que desses, 10,7% apresentam dependência parcial e 39,3% dependência importante. Tais resultados corroboram com um estudo realizado em 2011, em que destacou que dentre 204 institucionalizados 33,3 % era considerado independente para realizar as atividades de vida diária (SMANIOTTO, 2011), algo que interfere bastante na qualidade de vida desses idosos.

Foi visto que, cada atividade individualizada, (53,6%) banham-se sem ajuda, (57,1%) vestem-se com auxílio, (53,6%) usam o banheiro sem ajuda, (57,1%) realizam transferências (como sair da cama, sentar-se em uma cadeira) sem ajuda, (53,6%) prestam continência sem ajuda e (85,7%) alimentam-se sem ajuda.

Nesse contexto, Smaniotto (2011), relata que no item sanitário verificou-se que 48,5% eram independentes para realizar a atividade. Sendo considerados independentes aqueles que conseguiam ir ao sanitário, higienizar-se e arrumar as vestes sem assistência podendo usar objetos auxiliares como bengala, andador e cadeira de rodas, e usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã. Para deitar e levantar observou-se que 61,8% eram independentes, ou seja, conseguiam subir e descer da cama assim como sentar-se e levantar-se da cadeira sem assistência (podia estar usando objeto auxiliar como bengala ou andador). Com

relação à continência verificou-se que 51,0% tinham o completo controle das eliminações urinária e intestinal, 34,8% eram incontinentes e 14,2% apresentavam ocasionalmente perda urinária e intestinal. No item alimentação constatou-se que a maioria (83,3%) conseguia se alimentar sem assistência. Dados semelhantes ao encontrados nos idosos do Asilo Santo Antônio.

Com os instrumentos aplicados, foi verificado que a ansiedade teve o maior índice no IDATE-estado e no IDATE-traço, 71,4% e 57,1% respectivamente, já na escala HAD o índice de ansiedade foi de 14,3%, além de 28,6% possuírem possível acometimento, mas essa variável implica dúvida. No que tange à depressão, no IDATE- estado 14,3% tendem a este transtorno, já no IDATE-traço 10,7%. Diferentemente, na Escala HAD os números foram mais elevados totalizando 42,9% dos idosos, além 21,4% terem possivelmente a doença. Assim notamos certa inversão dos números apresentados pelo IDATE, quando confrontado com Escala HAD.

Um estudo de 2016 trouxe alguns números interessantes sobre o índice de ansiedade e depressão, embora tenham utilizados outros instrumentos de avaliação. Quanto à pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, a maioria dos idosos residentes em ILPIs foi classificada com depressão leve a moderada (74,2%), Na avaliação da Escala de Beck, houve uma maior predominância de idosos residentes em ILPIs classificados com ansiedade mínima (48,4%) e ansiedade leve (38,7%) (GOMES, 2016).

Estudos mostram que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (NOBREGA, et al.,2015) o que está de acordo com este trabalho, uma vez que foram verificados através da escala HAD que 42,9% provavelmente apresentam o quadro, 21,4% possivelmente tem tal diagnóstico ao passo que é improvável que 35,7% tenham o transtorno.

As prevalências entre os transtornos ansiosos na comunidade irão depender do tipo de transtorno de ansiedade. Em um estudo realizado por Machado e colaboradores, foi de 22,0% para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG); 14,8% para fobia social (FS); 10,5% para transtorno do pânico (TP); . Além disso, 40,5% dos indivíduos apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. A

distribuição dos transtornos foi semelhante nos dois gêneros (MACHADO, et al., 2016) .Esses resultados confirmam os resultados deste trabalho, o qual identificou que 14,3% dos idosos provavelmente são ansiosos (diagnóstico provável), enquanto 57,1% não entram nesse parâmetro (diagnóstico improvável). Além disso, 28,6% possuem possível acometimento, (diagnóstico questionável).

Ao associar o Teste de Katz, com os demais instrumentos aplicados na instituição, através do Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson, não foi encontrada significância estatística para esse estudo, pois o nível de significância adotado foi de 5%, e o encontrado foi superior a este, ou seja, nenhuma das variáveis foram suficientes para explicar os fatores que associam a ansiedade, depressão e atividades da vida diária.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo visou fazer um levantamento dos índices de sintomas de depressão e ansiedade em 28 idosos institucionalizados no interior sergipano e com isso, observar se de fato a institucionalização de certa forma, intensifica o aparecimento da sintomática desses transtornos, devido ao possível isolamento, abandono familiar, saudades da família, dentre outros fatores.

Neste trabalho, foi possível verificar a prevalência de sintomas de ansiedade em 57,1% dos idosos de acordo com o instrumento IDATE-traço, 71,4% no IDATE-estado e 14,3% na escala HAD. Já os sintomas de depressão, foram verificados em 10,7% no IDATE-traço e 14,3% no IDATE-estado. Na escala HAD, a ocorrência de depressão na população pesquisada foi de 42,9%.

Ao analisar instrumentos aplicados, observou-se que a maioria dos idosos são dependentes para as atividades da vida diária, algo que pode ter interferido em sintomas de ansiedade, pois em dois instrumentos (IDATE- traço e IDATE- estado), a tendência a este transtorno foi superior.

Portanto, diante do exposto, fica evidente a importância de uma atenção mais acentuada para saúde mental de idosos, pois boa parte de sintomas de ansiedade e depressão, são associados ao próprio envelhecimento. Além disso, esse trabalho serve de alerta para profissionais de saúde, cuidadores, órgãos competentes e familiares para que busquem alternativas que melhorem o dia a dia desse público, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

ARAUJO, Maria Odete Pereira Hidalgo de; CEOLIM, Maria Filomena. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 378-385, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 25 mar. 2018. .

BRASIL, IBGE. **Censo demográfico**, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br
Acesso em: 22 de outubro de 2017.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 27, n. 1, p. 232-235, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2018.

CAMPOS, Lia Keuchguerian Silveira; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 5, n. 2, p. 15-33, 2014 .Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 maio 2018.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al . Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 15, n. 3, p. 357-364, Dec. 2010 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

FORLENZA, Oreste Vicente; MIGUEL, Ouripedes Constatino; **Compêndio de Clínica Psiquiátrica**. São Paulo: Manole. 2013.

FREITAS, Mariana Ayres Vilhena de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 395-401, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

GOMES, J. B., & Reis, L. A. **Descrição dos sintomas de Ansiedade e de Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil**. Revista Kairós Gerontologia, 19(1), p. 175-191. Jan. 2016. Available from <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/31961/22142> access on 11 Mar. 2018

JUNIOR, José Antônio Spencer Hartmann; GOMES, Giliane Cordeiro. **Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 83-105, dez. 2014 .
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2018.

MACHADO, Mayara B. et al . **Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional**. J. bras. psiquiatria., Rio de Janeiro , v. 65, n. 1, p. 28-35, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100028&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2018.

MAIA, Gabriela Felten da; LONDERO, Susane; HENZ, Alexandre de Oliveira. **Velhice, instituição e subjetividade**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 12, n. 24, p. 49-59, Mar. 2008 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V - 5ª Ed. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica, nº 19**. Brasília. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Caderno de Atenção Básica, nº 34**. Brasília. 2013.

NETO, Mario Rodrigues Lauzã; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artmed. 2ª ed. 2012

NOBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da et al . **Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 536-550, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200536&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2018.

OLIVEIRA, Deise A A P; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 734-736, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=en&nrm=iso>accesson 09 Mar. 2018.

OMS. Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. A55/17. 2002.

PAVAN, Fábio José; MENEGHEL, Stela Nazareth; JUNGES, José Roque. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 2187-2189, Sept. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25311X2008000900025&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900025>.

Smanioto, Francieli Nogueira e Haddad, Maria do Carmo Fernandez Louren. ÍNDICE DE KATZ APLICADO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS; Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):18- 23.

ANEXO A

NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

(1) Os artigos devem ter de 12 a 20 páginas, incluindo notas e bibliografia, e devem ser enviados preferencialmente online através do endereço <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/information/authors>. Ou, ainda, para a Editora Científica, Profa. Flaminia M.M.Lodovici, no endereço: flalodo@terra.com.br ou kairos@pucsp.br.

(2) Devem ser enviados em programa Word for Windows no corpo 12, fonte Times New Roman, com espaço 1,5. Para reentrâncias ou parágrafos, recomenda-se usar a tecla TAB ou 1,25 cm na primeira linha. As citações no corpo do trabalho, com recuo de todas as linhas em 4,0 cm, indo até o final da linha horizontal.

(3) Cada artigo deve conter resumo e abstract de no máximo 6 linhas; três palavras-chave/keywords e título em inglês (para indexação internacional). Recomenda-se que o autor submeta esses textos em inglês à revisão de um falante-nativo do inglês, para evitar problemas de tradução.

(4) As notas de rodapé devem ser explicativas contendo apenas informações complementares e substanciais ao artigo e devem constar no fim de cada página citada.

(5) A menção a autores no correr do texto deve ser a seguinte: Autor (apenas com inicial maiúscula), data. Ex.: (Martins, 1998). Se houver mais de um título do mesmo autor no mesmo ano, eles devem ser diferenciados por uma letra após a data. Ex.: (Martins, 1998a), (Martins, 1998b). Se houver citações, acrescentar as páginas citadas após a data. Ex.: (Martins, 1998: 72-8).

(6) Os dados de autoria necessários (biodata), inseridos no final do artigo, são: nome, profissão, vínculo institucional e e-mail (por volta de 3 linhas).

(7) Toda a referência bibliográfica deve aparecer completa: autoria, ano, título, local de publicação, editora, n.º das páginas citadas (no caso de referência a artigo). Numa obra em que não consta a data de publicação, favor esclarecer (s/d). Ex.: Brecht, B. (s/d). Histórias de almanaque. Lisboa: Vega.

(8) No caso de livros, os títulos devem aparecer em itálico. Ex.: Bosi, E. (1987). *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Edusp.

(9) No caso de periódicos, os títulos dos artigos devem aparecer em fonte regular e os títulos das revistas e periódicos em itálico (seguido em itálico o volume. O número entre parênteses, em formato normal). Ex.: Martins, J. (1998). Não somos Chronos, somos Kairós. Revista *Kairós Gerontologia*, 1(1) - Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. FACS/NEPE/PUC-SP.

(10) No caso de filmes, os títulos devem aparecer em formato regular, seguido do tipo de filme, ano, direção, país, e distribuidora. Ex.: O gato sumiu (filme-vídeo) (1996). (Cedric Klapifch, Dir.). França: Lumière Home Vídeo.

(11) O envio espontâneo de qualquer colaboração implica automaticamente a cessão dos direitos de publicação à Kairós Gerontologia. A revista não se obriga a devolver os originais e/ou disquetes ou pendrives enviados.

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

IDATE- inventário de ansiedade traço- estado

Nome: _____ Idade: _____

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme o gabarito abaixo, que melhor indicar como você se sente nesse momento (ansiedade estado).

Muitíssimo=4	Bastante=3	Um pouco=2	Absolutamente não=1	
01.Sinto-me calmo	1	2	3	4
02.Sinto-me seguro	1	2	3	4
03.Estou tenso	1	2	3	4
04.Estou arrependido	1	2	3	4
05.Sinto-me à vontade	1	2	3	4
06.Sinto-me perturbado	1	2	3	4
07.Estou preocupado com possíveis infortúnios	1	2	3	4
08.Sinto-me descansado	1	2	3	4
09.Sinto-me ansioso	1	2	3	4
10.Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11.Sinto-me confiante	1	2	3	4
12.Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13.Estou agitado	1	2	3	4
14.Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15.Estou descontraído	1	2	3	4
16.Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
17.Estou preocupado	1	2	3	4
18.Sinto-me superexcitado e confuso	1	2	3	4
19.Sinto-me alegre	1	2	3	4
20.Sinto-me bem	1	2	3	4

Leia com atenção cada pergunta e atribua um valor ao lado de cada afirmação, conforme gabarito abaixo, que melhor indicar como você geralmente se sente (ansiedade traço).

Quase sempre=4	Frequentemente=3	Às vezes=2	Quase nunca=1	
01.Sinto-me bem	1	2	3	4
02.Canso-me facilmente	1	2	3	4
03.Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
04.Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
05.Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
06.Sinto-me descansado	1	2	3	4
07.Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
08.Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
09.Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10.Sou feliz	1	2	3	4
11.Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12.Não tenho muita confiança em mim mesmo	1	2	3	4
13.Sinto-me seguro	1	2	3	4
14.Evito ter que enfrentar crises e problemas	1	2	3	4
15.Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito	1	2	3	4
17.As vezes, ideias sem importância entram na minha cabeça e me preocupam	1	2	3	4
18.Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20.Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS

NOME _____ Idade _____

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1) Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a):

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

0 () Sim, do mesmo jeito que antes

1 () Não tanto quanto antes

2 () Só um pouco

3 () Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

3 () Sim, e de um jeito muito forte

2 () Sim, mas não tão forte

1 () Um pouco, mas isso não me preocupa

0 () Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Atualmente um pouco menos

2 () Atualmente bem menos

3 () Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

3 () Completamente

2 () Não estou mais me cuidando como deveria

1 () Talvez não tanto quanto antes

0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

3 () Sim, demais

2 () Bastante

1 () Um pouco

0 () Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

0 () Do mesmo jeito que antes

1 () Um pouco menos do que antes

2 () Bem menos do que antes

3 () Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

3 () A quase todo momento

2 () Várias vezes

1 () De vez em quando

0 () Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

Escore: 0 – 7 pontos: improvável 8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa) 12 – 21 pontos: provável

Observação: Ansiedade-questões 1,3,5,7,9,11,13. Depressão-questões 2,4,6,8,10,12 e 14.

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

TESTE DE KATZ: Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária

INSTRUÇÕES

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. Aplica-se o questionário assinalando a resposta correspondente. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são:

SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa.

COM AJUDA TOTAL: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade. 1-BANHO: A avaliação da atividade "BANHAR-SE" é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações.

☐ SEM AJUDA ☐ COM AJUDA PARCIAL ☐ COM AJUDA TOTAL

2-VESTIR: Para avaliar a função "VESTIR-SE" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação.

☐ SEM AJUDA ☐ COM AJUDA PARCIAL ☐ COM AJUDA TOTAL

3-BANHEIRO: A função "USAR O BANHEIRO" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função,

incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total).

() SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL 4-TRANSFERÊNCIA: A função "TRANSFERÊNCIA" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências.

() SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL

5-CONTINÊNCIA: O termo "CONTINÊNCIA" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxílio para a realização de um desses procedimentos).

() SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL

6-ALIMENTAÇÃO: a função "ALIMENTAR-SE" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.

() SEM AJUDA () COM AJUDA PARCIAL () COM AJUDA TOTAL

RESULTADO:

0 – INDEPENDENTE para todas as atividades

1 – Dependente para UMA atividade

2 – Dependente para DUAS atividades

3 – Dependente para TRÊS atividades

4 – Dependente para QUATRO atividades

5 – Dependente para CINCO atividades

6 – Dependente para TODAS as atividades

Escore:

6 pontos: independente 4 pontos: dependência parcial 2 pontos: dependência importante

APÊNDICE 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

Questionário Social dos Idosos Institucionalizados

Identificação:

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo:

Cor:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Religião:

Naturalidade:

Procedência:

Perguntas:

- Há quanto tempo o senhor (a) está no asilo?
() 1 ano ou menos () 1 a 5 anos, () De 5 a 10 anos () Mais de 10 anos
- Recebe visita?
() Sim () Não
- Qual a periodicidade?
() 1 vez semana () 1 vez mês () 1 vez ano

- Qual o motivo de institucionalização?
-

5-Tem filhos?

() Sim () Não

6-Quantos?

() 1 () 2 () 3 () Mais de 3

- Recebe visitas deles?

() Sim () Não

- Sente-se satisfeita (o) em viver em casa de longa permanência?

() Sim () Não

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados em Lagarto/Sergipe e está sendo desenvolvida por Lígia Mendes de Meneses e Marcelo Santana de Jesus, do Curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação da Professora Cátia Justo e co-orientação da professora Giovana Bacilieri Soares.

Os objetivos do estudo são identificar a prevalência (“predominância”) de sintomas de depressão e ansiedade no asilo da cidade de Lagarto e correlacionar com suas possíveis causas. A partir desta avaliação, pode-se obter resultados que demonstrem a necessidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida à população estudada.

Solicitamos a sua colaboração para responder os três questionários, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do (a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Lagarto , ____de ____de____.

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para os pesquisadores.

Lígia Meneses: 079-99817-9675

Marcelo Santana: 079-99985-5469

Cátia Justo 079-999199899

APÊNDICE 3

Asilo Santo Antônio

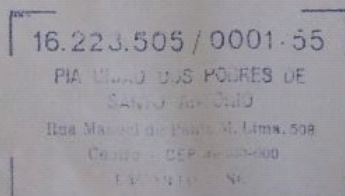
Carta de anuência

Eu, 2ª Adm. Flávia de S. Silva na qualidade de responsável pelo "Asilo Santo Antônio", autorizo a realização da pesquisa intitulada "Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados em Lagarto/SE" a ser conduzida sob a responsabilidade dos pesquisadores "Giovana Bacilelielieri Soares/ Tiago Costa Goes/ Lígia Mendes de Meneses e Marcelo Santana de Jesus"; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Sergipe para a referida pesquisa.

Lagarto, 16 de maio de 2018.

ASSINATURA 2ª Adm. Flávia de S. Silva

(carimbo da Instituição)



APÊNDICE 4 - ARTIGO

Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados da cidade de Lagarto-SE.

Prevalence of symptoms of depression and anxiety in institutionalized elderly
in the city of Lagarto-SE.

Lígia Mendes de Meneses

Marcelo Santana de Jesus

RESUMO

O presente trabalho buscou avaliar a prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados na cidade de Lagarto-SE e os possíveis fatores associados a estes transtornos. Os resultados apontaram idosos com algum tipo de dependência parcial e severa, além de sintomas de depressão e ansiedade. Recomenda-se assim, uma atenção mais acentuada para saúde mental de idosos e a busca de uma melhor qualidade de vida para essa população.

Palavras-chave: Ansiedade. Depressão. Idoso. Institucionalização.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the prevalence of depression and anxiety in institutionalized elderly in the city of SE-Lizard and the possible factors associated with these disorders. The results pointed to the elderly with some kind of partial and severe dependence, as well as symptoms of depression and anxiety. It is therefore recommended that more attention be paid to the mental health of the elderly and the search for a better quality of life for this population.

Key words: Anxiety. Depression. Seniors. Institutionalization.

RESUMEN

El presente trabajo buscó evaluar la prevalencia de depresión y ansiedad en ancianos institucionalizados en la ciudad de Lagarto-SE y los posibles factores asociados a estos trastornos. Los resultados apuntar a ancianos con algún tipo de dependencia parcial y severa,

además de síntomas de depresión y ansiedad. Se recomienda una atención más acentuada para la salud mental de los ancianos y la búsqueda de una mejor calidad de vida para esa población.

Palabras clave: Ansiedad. Depresión. Anciano. Institucionalización.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Deste modo, o envelhecimento populacional é uma consequência da mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (Brasil, 2006).

O envelhecimento individual é um processo irreversível e natural, acompanhado de perdas progressivas de função e de papéis sociais. É um processo único que depende de capacidades básicas, adquiridas e do meio ambiente (Freitas, 2013).

Segundo os dados do Censo Demográfico de 2010, 10,8% da população brasileira é composta por pessoas acima de 60 anos. O IBGE mostra que no ano de 2000, a esperança de vida ao nascer da população brasileira foi de 68,6 anos, em 2012, passou a ser de 74,6 anos. Sendo que os idosos atualmente representam 14, 3%, da população, uma parcela bem expressiva (IBGE, 2010).

Envelhecer pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade, (Brasil, 2006).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso assinala que o atendimento a pessoa idosa deve, prioritariamente, desenvolver-se por meio de suas próprias famílias, reservando o abrigo em asilos à excepcionalidade, bem como aqueles que não têm condições necessárias para sobrevivência (Lei 8.842 de 04/01/94).

A modalidade asilar é considerada uma alternativa assistencial para suprir a ausência de família e socorrer o idoso em situação de abandono ou pobreza, não levando em conta quaisquer outras condições que possam tornar necessário o atendimento em regime de internato, em uma instituição para idosos, em caráter temporário ou permanente (Freitas, 2013).

A ideia de asilo associa-se muitas vezes a imagem de pobreza, abandono, à incidência de violência contra a pessoa idosa, o que determina uma desaprovação social generalizada em relação a estas instituições de longa permanência para idosos -ILPI (Freitas, et al., 2013).

Devido ao aumento expressivo da longevidade e consequente crescimento da população idosa, existe hoje uma maior demanda por ILPI no país; em diversas situações, torna-se a alternativa voluntária e esperada e que deve assegurar a boa qualidade de vida do idoso (Teixeira et al., 2014).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através de sua resolução define que as ILPIs, são consideradas instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, que se destinam ao domicílio coletivo de pessoas idosas com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Este projeto teve como objetivo o estudo da prevalência de depressão e ansiedade e fatores associados a seus sintomas, como também o grau de dependência para realização das atividades da vida diária, na população institucionalizada no asilo Santo Antônio, na cidade de Lagarto, estado de Sergipe, localizado no nordeste brasileiro. Foram realizadas entrevistas com a população desta instituição que aceitaram participar voluntariamente de acordo com as normas éticas. Foram aplicados o inventário de ansiedade traço- estado-idade, escala HAD: escala hospitalar de ansiedade e depressão e o teste de Katz para avaliar o grau de dependência e autonomia desta população.

Metodologia

O presente trabalho iniciou com pesquisa em base de dados como: Lilacs, Scielo, pubmed e BVS, em que foram utilizados os seguintes descritores: depressão em idosos (57.600 resultados), ansiedade em idosos (47.100), idosos no Brasil (349.000), depressão e ansiedade em idosos institucionalizados (11.300 resultados) e idosos institucionalizados (45.400). Foram selecionados para servir como referência cerca de 20 artigos, Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto do Idoso, o compêndio de clínica psiquiátrica e o tratado de geriatria e gerontologia.

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo transversal, o qual foram avaliados idosos que vivem em uma instituição de longa permanência (Asilo Santo Antônio- localizado na cidade de Lagarto em Sergipe). Após a devida autorização pelos responsáveis da Instituição, foram utilizados quatro instrumentos: o inventário de ansiedade traço- estado-IDATE, escala HAD: escala hospitalar de ansiedade e depressão, teste de Katz e o questionário social dos idosos institucionalizados, os quais foram lidos com o intuito de esclarecimento de cada item para os participantes, durante o período de 03 a 08 de junho de 2018.

Para análise de associação dos dados, foram utilizados testes estatísticos como o Qui-Quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas maiores que cinco e menores que vinte nas tabelas 2x2 e o Teste Exato de Fisher, quando as frequências esperadas eram menores que cinco. O nível de significância adotado foi de 5%. Contudo, quando se investigou a associação entre as variáveis em estudo com relação ao desfecho (IDATE: Estado de ansiedade, IDATE: Traço de ansiedade, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão), não foi verificado significância estatística, ou seja, nenhuma das variáveis foram suficientes para explicar os fatores que associam a ansiedade e a depressão.

Os resultados foram organizados em planilhas do programa Excel e analisados pelo programa SPSS versão 20.0. Realizou-se uma caracterização descritiva da amostra, segundo os dados sociodemográficos e clínicos. As variáveis categóricas foram apresentadas mediante distribuição de frequência.

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. A participação da pesquisa foi voluntária e iniciada após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, pelos idosos considerados capazes, obedecendo minuciosamente a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinque.

Resultados

Participaram deste estudo 28 idosos institucionalizados da cidade de Lagarto/SE, em 2018. Quanto ao perfil sociodemográfico, esses eram do sexo masculino (71,4%), a maioria situada na faixa etária dos 60 aos 80 anos (75%), sendo 50% com nível fundamental de escolaridade, 42,9% solteiros e 39,3% procedentes de Lagarto, Tabela 1.

Tabela 9 - Distribuição de frequência do perfil sociodemográfico, dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

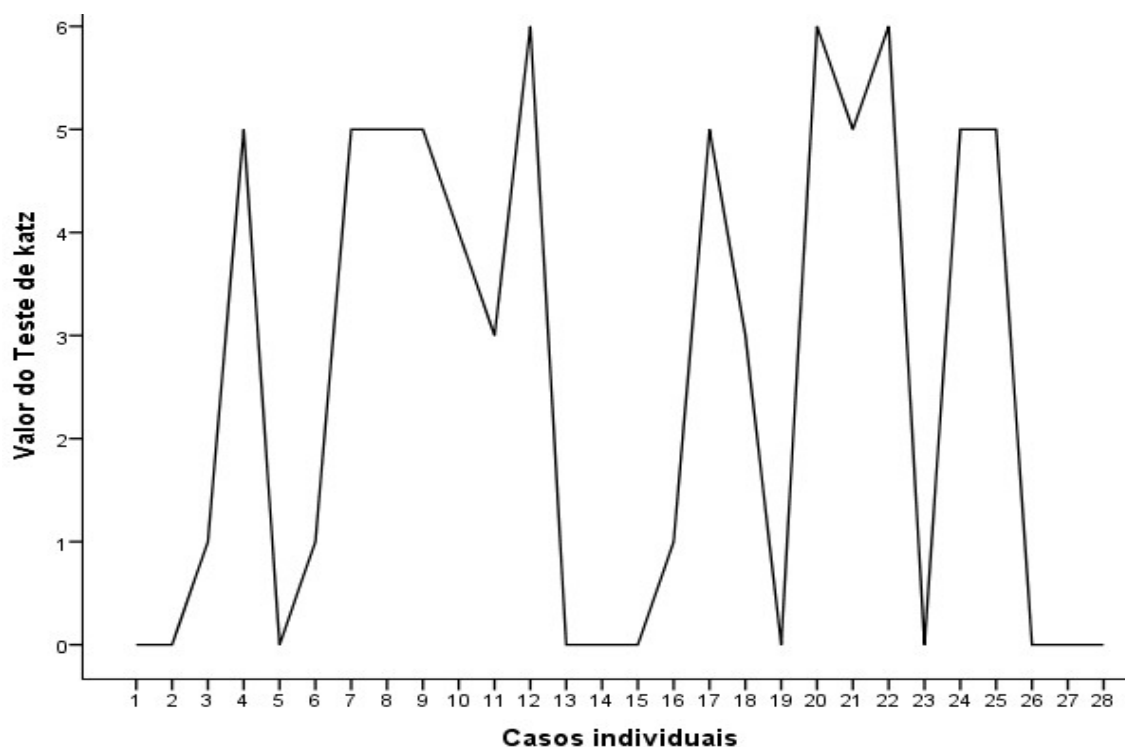
Variáveis	N	(%)
SEXO		

Masculino	20	71,4
Feminino	8	28,6
FAIXA ETÁRIA		
60 a 80 anos	21	75,0
Acima de 80 anos	7	25,0
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	13	46,4
Fundamental incompleto	14	96,4
Superior completo	1	3,6
PROCEDÊNCIA		
Aracaju	1	3,6
Bahia	6	21,4
Divina Pastora	1	3,6
Lagarto	11	39,3
Macambira	1	3,6
Pernambuco	1	3,6
Poço Verde	1	3,6
Riachão do Dantas	1	3,6
Salgado	2	7,1
Simão Dias	2	7,1
Umbaúba	1	3,6
ESTADO CIVIL		
Solteiro	12	42,9
Casado	4	14,3
Viúvo	6	21,4
Divorciado	6	21,4

Quanto ao perfil de institucionalização, observou-se que 53,6% dos idosos encontram-se institucionalizados de 1 a 5 anos, 89,3% disseram que recebem visitas, 46,2% recebem numa periodicidade de uma vez por semana. Perguntado o motivo da institucionalização, 25% disseram ter sido por motivo de doença, 17,9% devido à vontade própria, 10,7% por abandono familiar, 7,1% não souberam o motivo e 39,3% alegaram outros fins. Da população entrevistada, 71,4% possuem filhos, 30% possuem 2 filhos, mais da metade (55%) disseram receber visita deles, (50%) se mostram satisfeitos em morar em casa de longa permanência.

Quanto ao perfil das atividades básicas da vida diária realizadas pelos idosos, a tabela 3, mostra que 53,6% banham-se sem ajuda, 57,1% vestem-se com auxílio, 53,6% usam o banheiro sem ajuda, 57,1% realizam transferências (como sair da cama, sentar-se em uma cadeira) sem ajuda, 53,6% prestam continência sem ajuda e 85,7% alimentam-se sem ajuda.

Gráfico 1 – Comportamento do valor do Índice de Katz, individualizado, dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.



Ao analisar o índice de Katz, foi verificado que 39,3% dos idosos são independentes para todas as atividades. Além disso, 10,7% apresentam dependência para uma atividade, 7,1% para três, 3,6% para quatro, 28,6% para cinco e 10,7% para todas as atividades.

Tabela 2 – Distribuição de frequência do Teste de Katz, relativo aos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Independente para todas as atividades	11	39,3
Dependente para uma atividade	3	10,7
Dependente para três atividades	2	7,1
Dependente para quatro atividades	1	3,6
Dependente para cinco atividades	8	28,6
Dependente para todas as atividades	3	10,7

A maioria (60,7%) é considerada dependente e 39,3% são independentes. Sendo que 10,7% apresentam dependência moderada e 39,3% são muito dependentes.

O IDATE-estado aplicado na instituição verificou que 14,3% dos idosos pesquisados estão dentro da faixa de normalidade, ou seja, não tendem a depressão ou ansiedade. Enquanto 71,4% tendem a ansiedade e 14,3% tendem a depressão, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição de frequência do IDATE-estado dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Nível normal	4	14,3
Tende a ansiedade	20	71,4
Tende a depressão	4	14,3

Diferentemente do IDATE-estado, O IDATE-traço demonstra um número maior de idosos em nível normal, ou seja, 32,1% dos idosos não possuem o traço para depressão ou ansiedade, 57,1% possuem traço que tendem à ansiedade e 10,7% à depressão.

Tabela 4 – Distribuição de frequência do IDATE-traço dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Nível normal	9	32,1
Tende a ansiedade	16	57,1
Tende a depressão	3	10,7

A escala HAD para avaliação do nível de ansiedade e depressão, evidenciou que 14,3% dos idosos provavelmente são ansiosos (diagnóstico provável), enquanto 57,1% não entram nesse parâmetro (diagnóstico improvável). Além disso, 28,6% possuem possível acometimento, (diagnóstico questionável), conforme evidenciado na tabela 7. Enquanto a HAD para avaliação do nível de depressão mostrou que 42,9% provavelmente apresentam o quadro, 21,4% possivelmente tem tal diagnóstico ao passo que é improvável que 35,7% tenham o transtorno, conforme tabela 8.

Tabela 5 – Distribuição de frequência da escala HAD, de acordo com a escala de classificação de ansiedade dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Improvável	16	57,1
Possível (Questionável ou duvidosa)	8	28,6
Provável	4	14,3

Tabela 6 – Distribuição de frequência da escala HAD, de acordo com a escala de classificação de depressão dos idosos institucionalizados. Lagarto, SE, Brasil, 2018.

Variáveis	N	(%)
Improvável	10	35,7
Possível (Questionável ou duvidosa)	6	21,4
Provável	12	42,9

Ao associar o Teste de Katz, com os demais instrumentos aplicados na instituição, através do Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson, não foi encontrada significância estatística para esse estudo, pois o nível de significância adotado foi de 5%, e o encontrado foi superior a este.

Discussão

O Asilo Santo Antônio em Lagarto/SE é uma instituição de natureza filantrópica, equiparando assim, á realidade do país. Atualmente abriga 38 idosos, maioria do sexo masculino (74,1%) diferindo do perfil nacional em que nas casas de longa permanência são ocupadas em sua maioria por mulheres. Sob esse aspecto, Camarano (2010), destaca que a maioria das instituições brasileiras (65,2%) é de natureza filantrópica, refletindo sua origem. Apenas 6,6% são públicas, com predominância das municipais, o que corresponde a 218 instituições, número bem menor do que o de instituições religiosas, aproximadamente 700. As mulheres predominam (57,3%) entre os residentes. As ILPIs são pequenas, em média, abrigam cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados.

Ao ser avaliado o grau de dependência observou-se que 39,3% dos idosos são independentes. Sendo que desses, 10,7% apresentam dependência parcial e 39,3% dependência importante. Tais resultados corroboram com um estudo realizado em 2011, em que destacou que dentre 204 institucionalizados 33,3 % era considerado independente para realizar as atividades de vida diária algo que interfere bastante na qualidade de vida desses idosos (Smaniotto, 2011).

Foi visto que, cada atividade individualizada, (53,6%) banha-se sem ajuda, (57,1%) veste-se com auxílio, (53,6%) usa o banheiro sem ajuda, (57,1%) realizam transferências (como sair da cama, sentar-se em uma cadeira) sem ajuda, (53,6%) prestam continência sem ajuda e (85,7%) alimentam-se sem ajuda.

Nesse contexto, Smaniotto (2011), relata que no item sanitário verificou-se que 48,5% eram independentes para realizar a atividade. Sendo considerados independentes aqueles que conseguiam ir ao sanitário, higienizar-se e arrumar as vestes sem assistência podendo usar objetos auxiliares como bengala, andador e cadeira de rodas, e usar comadre/papagaio à noite, esvaziando-os de manhã. Para deitar e levantar observou-se que 61,8% eram independentes, ou seja, conseguiam subir e descer da cama assim como sentar-se e levantar-se da cadeira sem

assistência (podia estar usando objeto auxiliar como bengala ou andador). Com relação à Continência verificou-se que 51,0% tinham o completo controle das eliminações urinária e intestinal, 34,8% eram incontinentes e 14,2% apresentavam ocasionalmente perda urinária e intestinal. No item alimentação constatou-se que a maioria (83,3%) conseguia se alimentar sem assistência. Dados semelhantes ao encontrados nos idosos do Asilo Santo Antônio.

Com os instrumentos aplicados, foi verificado que a ansiedade teve o maior índice no IDATE-estado e no IDATE-traço, 71,4% e 57,1% respectivamente, já na escala HAD o índice de ansiedade foi de 14,3%, além de 28,6% possuírem possível acometimento, mas essa variável implica dúvida. No que tange à depressão, no IDATE- estado 14,3% tendem a este transtorno, já no IDATE-traço 10,7%. Diferentemente, na Escala HAD os números foram mais elevados totalizando 42,9% dos idosos, além 21,4% terem possivelmente a doença. Assim notamos certa inversão dos números apresentado pelo IDATE, quando confrontado com Escala HAD.

Um estudo de 2016 trouxe alguns números interessantes sobre o índice de ansiedade e depressão, embora tenham utilizados outros instrumentos de avaliação. Quanto à pontuação obtida na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, a maioria dos idosos residentes em ILPIs foi classificada com Depressão Leve a Moderada (74,2%), Na avaliação da Escala de Beck, houve uma maior predominância de idosos residentes em ILPIs classificados com ansiedade mínima (48,4%) e ansiedade leve (38,7%) (Gomes, 2016).

Estudos mostram que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (Nobrega, et al.,2015) o que está de acordo com este trabalho, uma vez que foram verificados através da escala HAD que 42,9% provavelmente apresentam o quadro, 21,4% possivelmente tem tal diagnóstico ao passo que é improvável que 35,7% tenham o transtorno.

As prevalências entre os transtornos ansiosos na comunidade irão depender do tipo de transtorno de ansiedade. Em um estudo realizado por Machado e colaboradores, foi de 22,0% para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG); 14,8% para fobia social (FS); 10,5% para transtorno do pânico (TP); . Além disso, 40,5% dos indivíduos apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. A distribuição dos transtornos foi semelhante nos dois gêneros (Machado, et al., 2016) .Esses resultados confirmam os resultados deste trabalho, o qual identificou que 14,3% dos idosos provavelmente são ansiosos (diagnóstico provável),

enquanto 57,1% não entram nesse parâmetro (diagnóstico improvável). Além disso, 28,6% possuem possível acometimento, (diagnóstico questionável).

Ao associar o Teste de Katz, com os demais instrumentos aplicados na instituição, através do Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson, não foi encontrada significância estatística para esse estudo, pois o nível de significância adotado foi de 5%, e o encontrado foi superior a este, ou seja, nenhuma das variáveis foram suficientes para explicar os fatores que associam a ansiedade, depressão e atividades da vida diária.

Conclusão

O presente estudo visou fazer um levantamento dos índices de sintomas de depressão e ansiedade em 28 idosos institucionalizados no interior sergipano e com isso, observar se de fato a institucionalização de certa forma, intensifica o aparecimento da sintomática desses transtornos, devido ao possível isolamento, abandono familiar, saudades da família, dentre outros fatores.

Neste trabalho, foi possível verificar a prevalência de sintomas de ansiedade em 57,1% dos idosos de acordo com o instrumento Idate-traço, 71,4% no idate-estado e 14,3% na escala HAD. Já os sintomas de depressão, foram verificados em 10,7% no idate-traço e 14,3% no idate-estado. Na escala HAD, a ocorrência de depressão na população pesquisada foi de 42,9%.

Ao analisar instrumentos aplicados, observou-se que a maioria dos idosos são dependentes para as atividades da vida diária, algo que pode ter interferido em sintomas de ansiedade, pois em dois instrumentos (IDATE- traço e IDATE- estado), a tendência a este transtorno foi superior.

Portanto, diante do exposto, fica evidente a importância de uma atenção mais acentuada para saúde mental de idosos, pois boa parte de sintomas de ansiedade e depressão, são associados ao próprio envelhecimento. Além disso, esse trabalho serve de alerta para profissionais de saúde, cuidadores, órgãos competentes e familiares para que busquem alternativas que melhorem o dia a dia desse público, garantindo assim, uma melhor qualidade de vida.

Referências

- ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. *Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde*. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre , v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000400023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.
- ARAUJO, Maria Odete Pereira Hidalgo de; CEOLIM, Maria Filomena. *Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência*. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 378-385, Sept. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 25 mar. 2018. .
- BRASIL, IBGE. *Censo demográfico*, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br Acesso em: 22 de outubro de 2017.
- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. *As instituições de longa permanência para idosos no Brasil*. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 27, n. 1, p. 232-235, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2018.
- CAMPOS, Lia Keuchguerian Silveira; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. *Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo*. Est. Inter. Psicol., Londrina , v. 5, n. 2, p. 15-33, 2014 .Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 maio 2018.
- FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al . *Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo*. Psico-USF, Itatiba , v. 15, n. 3, p. 357-364, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.
- FORLENZA, Oreste Vicente; MIGUEL, Ouripedes Constatino; *Compêndio de Clínica Psiquiátrica*. São Paulo: Manole. 2013.
- FREITAS, Mariana Ayres Vilhena de; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro

, v. 13, n. 3, p. 395-401, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

GOMES, J. B., & Reis, L. A. *Descrição dos sintomas de Ansiedade e de Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil*. Revista Kairós Gerontologia, 19(1), p. 175-191. Jan. 2016. Available from <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/31961/22142> access on 11 Mar. 2018

JUNIOR, José Antônio Spencer Hartmann; GOMES, Giliane Cordeiro. *Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade*. Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 83-105, dez. 2014 .

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2018.

MACHADO, Mayara B. et al . *Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional*. J. bras. psiquiatria., Rio de Janeiro , v. 65, n. 1, p. 28-35, Mar. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100028&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2018.

MAIA, Gabriela Felten da; LONDERO, Susane; HENZ, Alexandre de Oliveira. *Velhice, instituição e subjetividade*. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 12, n. 24, p. 49-59, Mar. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Dsm V - 5ª Ed. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Caderno de Atenção Básica, nº 19*. Brasília. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. *Caderno de Atenção Básica, nº 34*. Brasília. 2013.

NETO, Mario Rodrigues Lauzã; ELKIS, Hélio. *Psiquiatria Básica*. São Paulo: Artmed. 2ª ed. 2012

NOBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da et al . *Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa*. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 536-550, June 2015 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200536&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2018.

OLIVEIRA, Deise A A P; GOMES, Lucy; OLIVEIRA, Rodrigo F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 734-736, Aug. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=en&nrm=iso>accesson 09 Mar. 2018.

OMS. Envejecimiento y salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. A55/17. 2002.

PAVAN, Fábio José; MENEGHEL, Stela Nazareth; JUNGES, José Roque. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 2187-2189, Sept. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-2531X2008000900025&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900025>.

Smanioto, Francieli Nogueira e Haddad, Maria do Carmo Fernandez Louren. ÍNDICE DE KATZ APLICADO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS; Rev Rene, Fortaleza, 2011 jan/mar; 12(1):18- 23.